

(AGENCY LETTERHEAD)

**Programa de Assistência para Energia Doméstica para Usuários de
Baixa Renda (LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM: LIHEAP)**

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO POR PROCURADOR

Nome do Candidato: _____

Número da Inscrição: _____

Eu, _____ (Chefe de Família), venho por meio desta permitir
que o indivíduo citado abaixo assine por mim a Inscrição para Assistência para Aquecimento.

Nome do Procurador Autorizado*:

Relação com o Candidato: _____

Assinatura do Chefe de Família: _____ Data: _____

** A pessoa identificada como procurador deve apresentar uma identificação com foto. Deve estar anexada a cópia de uma identificação com foto do candidato.*

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA BAIXA OU NENHUMA RENDA

(Para casos de "nenhuma renda" ou quando a renda mensal for igual ou menor que U\$200,00 depois de deduzidos os custos de moradia).

Nome do Cliente: _____

Nº da Inscrição: _____ Data: _____

1) Número dos integrantes da família e seu relacionamento: _____

2) Se você tiver pouca ou nenhuma renda, por favor, explique como você supre as suas despesas básicas de sobrevivência tais como alimentação, aluguel, utilidades públicas, vestimentas, cuidados médicos, pessoais, etc.:

3) Você tem contas atrasadas ou avisos de cobrança judicial? _____ **SIM** _____ **NÃO**

Por favor, forneça cópias dessas contas.

Aluguel: _____ Hipoteca: _____ Eletricidade: _____ Gás: _____ Empréstimo de Automóvel: _____
Contas Médicas: _____ Cartões de crédito: _____ TV à cabo: _____ Telefone: _____
Outras: _____

4) Você fez alguma retirada de seu banco e/ou recebeu auxílio de outros para ajudá-lo a pagar suas despesas do dia-a-dia? _____ **SIM** _____ **NÃO**

Se sim, por favor, envie cópias de extratos bancários que mostrem valores e datas e/ou um formulário completo de Declaração de Assistência Financeira. (Exige-se uma Declaração de Assistência Financeira se a ajuda de outros durou mais que 30 dias.)

Retiradas Bancárias: _____ Ajuda de Outros: _____

5) Como você obtém comida? Vales-Refeição: _____ Outro (explique): _____

6) Você recebe WIC ou outra assistência não monetária? _____ **SIM** _____ **NÃO**

Se sim, por favor, especifique:

7) Como você paga as despesas com automóvel e/ou transportes (combustível, licenciamento, parcelas de empréstimo de automóvel, seguro)?

Certifico, sob as penas e as penalidades de perjúrio que todas as declarações contidas nesse formulário e em minha inscrição são verdadeiras e que não há nenhuma declaração incompleta ou incorreta de renda ou de qualquer outra informação. Compreendo que estarei sujeito a processo judiciário se receber quaisquer benefícios como resultado de uma declaração fraudulenta em minha inscrição.

Nome do Candidato: _____ Data: _____
(nome em letra de forma)

Assinatura do Candidato: _____ Data: _____

Assinatura do Entrevistador: _____ Data: _____

(AGENCY LETTERHEAD)

Programa de Assistência para Energia Doméstica para Usuários de Baixa Renda (LIHEAP)

DECLARAÇÃO DE NÃO EXISTÊNCIA DE HIPOTECA OU SEGURO RESIDENCIAL

(Para clientes proprietários que não têm despesas com hipoteca ou seguro residencial)

Nome do Cliente: _____
Número da Inscrição: _____
Data: _____

Certifico que sou proprietário de minha residência que não tenho mais despesas de hipoteca (principal e juros). Os meus custos de moradia estão listados abaixo:

- HIPOTECA (PRINCIPAL E JUROS): \$ _____
- APÓLICE DE SEGURO RESIDENCIAL: \$ _____
- IMPOSTO PREDIAL/RESIDENCIAL (IMPOSTOS MUNICIPAIS): \$ _____
- TAXAS DE CONDOMÍNIO (CASO SE APLIQUE): \$ _____
- TAXAS DE PARQUE DE CASAS MÓVEIS (CASO SE APLIQUE): \$ _____
- OUTROS \$ _____
- CUSTO TOTAL DE MORADIA:** \$ _____

Certifico, sob as penas e as penalidades de perjúrio que todas as declarações contidas nesse formulário e em minha inscrição são verdadeiras e que não há nenhuma declaração incompleta ou incorreta de renda ou de qualquer outra informação. Compreendo que estarei sujeito a processo judiciário se receber quaisquer benefícios como resultado de uma declaração fraudulenta em minha inscrição.

Nome do Candidato: _____ Data: _____
(nome em letra de forma)

Assinatura do Candidato: _____ Data: _____

Assinatura do Entrevistador: _____ Data: _____

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

DECLARAÇÃO DE NENHUMA RENDA (RENDA ZERO)

Número da Inscrição _____

Eu, _____, certifico que não recebi nenhuma renda durante os últimos trinta (30) dias ou de _____ a _____. Eu autorizo (NOME DA AGÊNCIA) a examinar minha declaração de imposto de renda para verificação. Eu compreendo que, em caso de uma declaração incorreta de "nenhuma renda", eu poderei ser responsável pelo valor integral de qualquer assistência recebida e estarei sujeito a processo criminal.

Assinatura

Nº de Seguro Social

Data

Eu, _____, certifico que não recebi nenhuma renda durante os últimos trinta (30) dias ou de _____ a _____. Eu autorizo (NOME DA AGÊNCIA) a examinar minha declaração de imposto de renda para verificação. Eu compreendo que, em caso de uma declaração incorreta de "nenhuma renda", eu poderei ser responsável pelo valor integral de qualquer assistência recebida e estarei sujeito a processo criminal.

Assinatura

Nº de Seguro Social

Data

Eu, _____, certifico que não recebi nenhuma renda durante os últimos trinta (30) dias ou de _____ a _____. Eu autorizo (NOME DA AGÊNCIA) a examinar minha declaração de imposto de renda para verificação. Eu compreendo que, em caso de uma declaração incorreta de "nenhuma renda", eu poderei ser responsável pelo valor integral de qualquer assistência recebida e estarei sujeito a processo criminal.

Assinatura

Nº de Seguro Social

Data

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

DECLARAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

Candidato: _____
Nº da Inscrição _____

Para ser Preenchido Pela Pessoa Prestando Assistência

Por favor, esteja ciente de que eu, _____
(Nome em letra de forma da pessoa **PRESTANDO** assistência)

Certifico sob as penalidades de perjúrio que a declaração abaixo da assistência financeira que provi a _____ é verdadeira e completa.
(Nome em letra de forma da pessoa **RECEBENDO** assistência)

Eu doei a ele/ela: U\$ _____ por: (assinale um) _____ semana _____ mês.

Esta assistência financeira começou em: ___/___/___ e continuará até ___/___/___.

Se a assistência não for contínua, o valor(es) doado entre ___/___/___ e ___/___/___ foi de U\$ _____, e foi doado em ___/___/___ (Data(s)).

Minha relação com o candidato é de: _____

Meu endereço é: _____

Meu telefone residencial é: _____

Meu telefone comercial é: _____

Além disso, eu compreendo que a (NOME DA AGÊNCIA) pode requerer informações adicionais para verificar minha renda. Naquele momento, eu me responsabilizarei por quaisquer declarações incorretas ou incompletas sobre a assistência.

ESTA DECLARAÇÃO DEVE TER FIRMA RECONHECIDA.

Assinatura: _____ Data: _____
(Pessoa prestando assistência)

Neste dia ___ de _____ de 20___, compareceu pessoalmente perante mim, o notário público abaixo assinado, o senhor/senhora _____ (nome do signatário do documento), comprovando através do documento _____ como evidência satisfatória de identificação, ser ele/ela a pessoa cujo nome está assinado no processo ou documento anexo e comprovando para mim ser quem o assinou voluntariamente para os propósitos citados.

Assinatura do Notário: _____ **SELO DO NOTÁRIO**

Minha Comissão Expira em: ___/___/___

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

DECLARAÇÃO DE RENDA COM FIRMA RECONHECIDA – RENDA DE EMPREGOS TEMPORÁRIOS

Candidato: _____
Nº da Inscrição _____

Eu, _____, certifico sob as penalidades de perjúrio ser verdadeira e completa a declaração de renda de empregos temporários abaixo para o período de ___/___/___ to ___/___/___ . Eu compreendo que a (NOME DA AGÊNCIA) pode requerer, em qualquer momento, uma cópia de minha declaração de imposto de renda para verificação. Naquele momento, eu serei responsabilizado em caso de uma declaração incorreta ou incompleta sobre minha renda.

Nome e Endereço da Pessoa para Quem o Trabalho Foi Realizado	Trabalho(s) Realizado(s)	Data do Trabalho	Pagamento Bruto Recebido

Assinatura do Candidato: _____ Data: _____

ESTA DECLARAÇÃO DEVE TER FIRMA RECONHECIDA.

Neste dia ___ de _____ de 20___, compareceu pessoalmente perante mim, o notário público abaixo assinado, o senhor/senhora _____ (nome do signatário do documento), comprovando através do documento _____ como evidência satisfatória de identificação, ser ele/ela a pessoa cujo nome está assinado no processo ou documento anexo e comprovando para mim ser quem o assinou voluntariamente para os propósitos citados.

Assinatura do Notário: _____ **SELO DO NOTÁRIO**

Minha Comissão Expira em: ___/___/___

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

QUESTIONÁRIO DE MORADIA COMPARTILHADA/ UNIDADE ECONÔMICA SEPARADA

Por favor, preencha este formulário caso o candidato compartilhe um apartamento ou casa com outro indivíduo(s). Cada domicílio candidato deve preencher este formulário antes que a inscrição seja processada:

Nome do Candidato: _____
Nº da Inscrição: _____
Data: _____
Nome do Locatário: _____
Telefone do Locatário _____
Endereço do Locatário _____
Data em que você se mudou para este endereço: _____
Quantos indivíduos residem na casa/apartamento? _____
Nomes: _____

Renda

Você tem renda própria? _____ Sim _____ Não
Se sim, explique que tipo de renda: _____
Que tipo de renda têm os outros indivíduos? _____

Despesas

Quem é responsável pelas despesas da casa/apartamento? _____
Qual nome aparece nas contas da hipoteca, aluguel, aquecimento, eletricidade, gás e telefone?

Por quais despesas você é responsável? Por favor, assinale os espaços apropriados e forneça contracheques e/ou ordens de pagamento dos últimos (3) meses:

___ Aluguel ___ Gás ___ Eletricidade ___ Telefone ___ TV à Cabo
Outro (por favor, especifique): _____

Durante o último ano você recebeu alguma ajuda com as despesas de qualquer um dos outros indivíduos morando na casa/apartamento? _____

Arranjos de Moradia/ Divisão de Espaço

Você tem algum parentesco com qualquer um desses indivíduos? _____
Se sim, qual é o parentesco _____
Todos têm acesso ao espaço comum da moradia? _____
Quantos quartos há na casa/apartamento?
(Por favor, forneça contratos de aluguel, relatório do avaliador de imóveis)
Os indivíduos compram alimentos ou outros itens de uso pessoal separadamente: _____

Assinatura do Candidato: _____

Data: _____

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

CARTA DE PAGAMENTOS ÚNICOS DE EMERGÊNCIA PARA RECIPIENTE DESQUALIFICADO

Prezado(a) (NOME DO CLIENTE):

A sua inscrição para benefícios pelo Programa de Assistência Para Energia Doméstica Para Usuários de Baixa Renda foi aprovada conforme descrito abaixo.

Entretanto, nossos registros mostram que em um ano anterior do Programa de Assistência para Aquecimento o seu domicílio recebeu uma assistência de emergência única para a qual você não se qualificava e que você não reembolsou. De acordo com os requerimentos estaduais, o seu benefício potencial máximo este ano será reduzido no valor ainda devido. Se você devolver o valor, ainda devido conforme descrito abaixo, o seu benefício total estará disponível para você através do programa.

Você pode recorrer dessa decisão sobre qualificação dentro de (20) dias úteis do recebimento desse aviso ao notificar a _____(AGÊNCIA)_____ por escrito no endereço no início desta página.

Data do Aviso: ____/____/____ N° da Inscrição: _____

Revendedor de Aquecimento: _____

Benefício Potencial Máximo: U\$ _____

Pagamento de Emergência do Ano Anterior Efetuado em Nome de: _____

Valor do Pagamento de Emergência Efetuado: U\$ _____ Data: _____

Valor do Reembolso Já Efetuado Pelo Cliente: U\$ _____

VALOR DO REEMBOLSO AINDA DEVIDO – A SER DEDUZIDO DO BENEFÍCIO:

U\$ _____

BENEFÍCIO MÁXIMO AJUSTADO: \$ _____

Atenciosamente,

Diretor de Assistência de Aquecimento
Agência do LIHEAP

Letter To Ineligible Recipient of One-Time Emergency Payments

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

AVISO DE INSCRIÇÃO INCOMPLETA

Data deste Aviso: _____

Nome do Candidato: _____

Número da Inscrição: _____

Data: _____

Endereço: _____

Cidade / CEP: _____

Prezado Candidato à Assistência de Aquecimento:

Vimos por meio desta informar-lhe sobre a ação que está sendo tomada para a sua inscrição de Assistência de Aquecimento de 2009 - 2010.

A sua inscrição está **INCOMPLETA**. Nós não podemos ajudá-lo com a entrega de combustível, pagamento de eletricidade ou de aluguel até que a sua inscrição esteja completa. Nós precisamos das seguintes informações para que a sua inscrição esteja completa:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

!! URGENTE !!

ATENÇÃO: Você deve completar a sua inscrição o mais rápido possível no máximo até 30 dias da data desta carta. A Assistência de Aquecimento funciona com base em atendimento por ordem de chegada e não há garantia alguma de que as verbas do programa ainda estarão disponíveis para o seu domicílio caso você se atrase no envio de seus documentos.

Por favor, telefone para nós **IMEDIATAMENTE** caso precise de ajuda para juntar estas informações.

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

INSCRIÇÃO INCOMPLETA --- AVISO FINAL !

Data deste Aviso: _____

Prezado(a) _____ :
(Candidato à Assistência de Aquecimento)

A sua inscrição ainda está faltando alguns documentos. Nós não podemos ajudá-lo(a) a pagar por suas contas de aquecimento sem esta informação.

O Aviso de Inscrição Incompleta datado: ___/___/___ requisiu os seguintes documentos:

(Um asterisco * indica quais documentos nós recebemos.)

Os seguintes documentos são necessários o mais rápido possível no máximo até 30 dias da data desta carta:

!! URGENTE !!

ATENÇÃO: Você deve completar a sua inscrição o mais rápido possível no máximo até 30 dias da data desta carta OU os seus benefícios para Assistência de Aquecimento serão **NEGADOS. A Assistência de Aquecimento funciona com base em atendimento por ordem de chegada e não há garantia alguma de que as verbas do programa ainda estarão disponíveis para o seu domicílio caso você se atrase no envio de seus documentos.**

ESTE É O SEU ÚLTIMO AVISO DE INSCRIÇÃO INCOMPLETA!

Incomplete Application --- Final Notice!

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

AVISO DE REJEIÇÃO

Nº da Inscrição: _____ Data deste Aviso: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP _____

_____ (AGÊNCIA) _____ lamenta informar-lhe que a sua inscrição para assistência de aquecimento foi **REJEITADA** pelos seguintes motivos:

_____ A renda bruta de sua família de U\$_____ conforme calculada a partir dos documentos que você nos forneceu é maior do que o limite do programa que é de U\$_____ para uma família de _____ pessoas.

_____ Você mora em residência pública ou residência particular subsidiada na qual o aquecimento está incluído em seu aluguel subsidiado que se limita a um percentual fixo de sua renda.

_____ A sua família já se inscreveu no ano vigente do programa.

_____ Você reside em um lar compartilhado por um grupo e tal situação não pode ser atendida por esse programa.

_____ Você requisitou que sua inscrição fosse cancelada.

_____ Você reside fora da região onde estamos autorizados a atender. Por favor, contate:

_____ OUTRO: _____

EXPLICAÇÃO DO(S) ITEM(S) ASSINALADOS ACIMA:

Caso deseje recorrer dessa Rejeição de Inscrição para Assistência de Aquecimento, você precisa preencher e devolver o Formulário de Recursos em anexo para a (AGÊNCIA) dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento desse Aviso de Rejeição.

Se houver mudanças em sua Renda Familiar ou Tamanho de Sua Família antes de 3 de maio de 2010, então você pode entrar com um recurso de reconsideração de sua inscrição junto à (AGÊNCIA). A data final para entrar com um Recurso na agência de Assistência de Aquecimento é sexta-feira, 25 de junho de 2010.

Denial Notice

(AGENCY LETTERHEAD)
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

FORMULÁRIO DE RECURSOS

PARTE A: EU DESEJO RECORRER À (AGÊNCIA) PELO SEGUINTE MOTIVO:

- 1. Eu recebi o aviso da (AGÊNCIA) sobre a minha desqualificação para benefícios de assistência de aquecimento. (Este Formulário de Recursos deve ser enviado à (AGÊNCIA) dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento do Formulário de Recursos).
- 2. Eu recebi o aviso da (AGÊNCIA) sobre a minha qualificação para benefícios de assistência de aquecimento, mas eu discordo do VALOR do benefício. (Este Formulário de Recursos deve ser enviado à (AGÊNCIA) dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento do Formulário de Recursos).
- 3. Houve uma mudança na renda ou tamanho de minha família APÓS a (AGÊNCIA) me notificar sobre a minha desqualificação ou qualificação (incluindo o valor do benefício) para assistência de aquecimento e eu desejo que a (AGÊNCIA) revise a sua determinação anterior com base nessa mudança. (Este Formulário de Recursos deve ser enviado à (AGÊNCIA) até no máximo sexta-feira, 25 de junho de 2010).
- 4. Eu não recebi a determinação da (AGÊNCIA) sobre a minha inscrição para benefício de assistência de aquecimento após quarenta (40) dias da data de minha inscrição. (Este Formulário de Recursos deve ser enviado à (AGÊNCIA) até no máximo sexta-feira, 25 de junho de 2010).

COMENTÁRIOS ADICIONAIS: _____

PARTE B: ASSINALE SOMENTE UMA DAS ALTERNATIVAS ABAIXO:

- 1. Requisito que a (AGÊNCIA) revise meu arquivo (incluindo quaisquer informações ou documentação adicionais que eu deseje enviar para comprovação de meu recurso. Compreendo que a (AGÊNCIA) também pode requerer que eu envie informações ou documentações adicionais.

Se você desejar enviar quaisquer informações ou documentações adicionais para comprovação de seu recurso, você deve enviá-las pelo correio ou pessoalmente à (AGÊNCIA) junto desse formulário de recurso.

Por favor, liste quaisquer informações ou documentações sendo enviadas: (use folhas adicionais se necessário) _____

Eu também compreendo que a (AGÊNCIA) me enviará uma decisão por escrito dentro de vinte (20) dias úteis do seu recebimento desse Formulário de Recurso ou recebimento de informações e documentações requeridas pela (AGÊNCIA). A (AGÊNCIA) pode agendar uma audiência informal caso considere necessário.

OU

- 2. Requisito que a (AGÊNCIA) agende uma audiência face-a-face para que eu apresente o meu recurso. Eu compreendo que esta audiência será gravada e conduzida por um auditor selecionado pela (AGÊNCIA). Eu também compreendo que irei receber uma Notificação de Audiência da (AGÊNCIA) informando o horário e local da audiência e as regras da mesma. A (AGÊNCIA) me enviará uma decisão por escrito do auditor dentro de dez (10) dias úteis após a audiência.

Eu concordo em fornecer todas as informações e documentações conforme exigido para verificar minha elegibilidade para os benefícios de assistência de aquecimento.

Assinatura do Candidato/Cliente

Data

Número da Inscrição

Este formulário deve ser enviado à (AGÊNCIA) no endereço acima.

Appeal Form

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

AVISO DE AUDIÊNCIA DE RECURSO

Você enviou um Formulário de Recurso para **(AGÊNCIA)** em que requisitou uma audiência face-a-face na **(AGÊNCIA)** com relação ao seu recurso sobre o Programa de Assistência para Energia Doméstica para Usuários de Baixa Renda.

Uma audiência foi agendada em _____ às _____ horas, (Dia/Data),

No escritório da _____ **(AGÊNCIA)**.

Você deve comparecer nesse horário agendado ou, caso isso não seja possível, você deve contatar a **(AGÊNCIA)** antes desse horário agendado para marcar um novo horário. O não comparecimento na audiência agendada ou falha em contatar a **(AGÊNCIA)** antes da audiência resultará no arquivamento de seu recurso a não ser que você consiga demonstrar justa causa por não comparecer ou não contatar a **(AGÊNCIA)**.

Segue em anexo uma cópia das **Regras de Audiências Imparciais do Programa de Assistência para Energia Doméstica para Usuários de Baixa Renda**. Essas Regras governarão a audiência.

Você tem o direito de examinar e copiar na **(AGÊNCIA)** os materiais relativos à sua inscrição arquivada junto à **(AGÊNCIA)**. Você pode copiar a sua inscrição e cinco (5) páginas adicionais de seu arquivo gratuitamente. Páginas ou cópias adicionais serão cobradas. Você deve contatar a **(AGÊNCIA)** para agendar um horário para examinar e/ou copiar materiais de seu arquivo (veja abaixo).

Você tem o direito de ser representado, por conta própria, por um representante autorizado. Se você planeja ser representado na audiência por um representante autorizado, você deve notificar a **(AGÊNCIA)** por escrito antes ou no momento da audiência.

Se você desejar: 1) re-agendar a sua audiência, 2) agendar um horário para examinar e/ou copiar materiais em seu arquivo, ou 3) fazer mais perguntas sobre essa notificação, por favor, contate:

(INFORMAÇÃO SOBRE A AGÊNCIA)

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

RECURSO A NÍVEL LOCAL -- REJEIÇÃO

Candidato: _____

Nº da Inscrição: _____

Data desse Aviso: _____

Como resultado de nossa avaliação de seu recurso ao Programa de Assistência de Aquecimento, nós lamentamos informá-lo de que o seu recurso para:

_____ Elegibilidade

_____ Aumento de Nível de Benefício

Foi **rejeitado** pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Caso deseje **recorrer dessa decisão novamente**, você deve enviar o seu **recurso por escrito**, dentro de **vinte (20) dias úteis** do recebimento desse aviso sendo que ele chegue no máximo até sexta-feira, **27 de agosto de 2010**, à:

**Attn: LIHEAP Appeals Officer
Community Services Unit, Division of Community Services
Department of Housing and Community Development
100 Cambridge Street, Suite 300
Boston, MA 02114**

A Unidade de Serviços Comunitários no Departamento de Desenvolvimento Habitacional e Comunitário avaliará o seu arquivo (incluindo o registro de quaisquer audiências prestadas na (AGÊNCIA) e pode requisitar que você envie informações ou documentações novas ou adicionais. Ela lhe emitirá uma decisão por escrito dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento de todas as informações e documentações necessárias. Você terá ainda o direito de buscar uma avaliação judicial dessa decisão.

Caso deseje maiores informações sobre esse aviso, por favor, contate:

(AGÊNCIA)

(NÚMERO DE TELEFONE)

Por favor, esteja ciente de que essa decisão não afeta a sua possível elegibilidade em qualquer ano futuro ou impede um pedido de reconsideração caso a renda ou tamanho de sua família mude antes de 3 de maio. Caso haja alguma dessas mudanças, por favor, contate a **(AGÊNCIA)** diretamente.

SE A SUA INSCRIÇÃO ESTIVER INCOMPLETA, VOCÊ DEVE CONTATAR A (AGÊNCIA) ATÉ SEXTA-FEIRA, 25 DE JUNHO DE 2010. O ÚLTIMO DIA PARA RECORRER AO DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO HABITACIONAL E COMUNITÁRIO É SEXTA-FEIRA, 27 DE AGOSTO DE 2010.

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

CARTA PARA CLIENTES SOBRE PARTICIPAÇÃO NA MODALIDADE DE MARGEM FIXA SOBRE O CUSTO

Prezado Cliente de Assistência de Aquecimento:

Para maximizar o dinheiro e o seu benefício de Assistência de Aquecimento, a _____ (**Agência**) está participando do Programa de Margem Fixa sobre o Custo (em inglês: Margin-Over-Rack Program: MOR), o que nos possibilita comprar combustível para você com um desconto de preço enquanto você for cliente da Assistência de Aquecimento.

Infelizmente, o seu revendedor de combustível _____ (**nome do Revendedor**), decidiu **não** participar desse programa de desconto de combustível da Assistência de Aquecimento. Segundo as regras do programa de Assistência de Aquecimento, a _____ (**Agência**) pode **SOMENTE** comprar combustível de revendedores participantes a não ser que você concorde em pagar pela diferença de custo entre quanto o desconto de Assistência de Aquecimento pagará por galão de combustível e quanto o revendedor de combustível cobrará.

Portanto, para receber a quantia máxima de combustível de seu benefício de assistência de aquecimento e não pagar custos adicionais, você deve escolher um revendedor de combustível que participe do programa de desconto da lista anexa.

Você deve telefonar para a _____ (**Agência**) no _____ (**Número de Telefone**) o mais rápido possível para nos avisar qual revendedor de combustível você selecionou para entregar o seu combustível enquanto você estiver recebendo benefícios da Assistência de Aquecimento.

Caso tenha quaisquer perguntas, por favor, não hesite em nos telefonar.

Atenciosamente,

Nome: _____
Cargo: _____
Agência: _____

Margin-Over-Rack Participation Letter For Clients

AVISO DE COMPARAÇÃO DE RENDA E SALÁRIO

De acordo com a lei estadual (M.G.L. c.62E), pode-se exigir a comparação de renda declarada pelos recipientes de assistência de aquecimento, calefação e/ou assistência de sistema de aquecimento com os salários declarados pelos empregadores através do Departamento de Receita de Massachusetts. Neste caso, esta AGÊNCIA participará juntamente com o Departamento de Desenvolvimento Habitacional e Comunitário de Massachusetts (DHCD) do Sistema de Declaração de Renda e Salário de Massachusetts (comparação de renda e salário). Nós estamos pedindo que todos os integrantes familiares adultos do candidato (acima de 18 anos de idade) para fornecer o seu número de seguro social para este propósito. Os integrantes adultos da residência não precisam fornecer os números de seguro social para se qualificarem através da inscrição para os programas de assistência de aquecimento, calefação e/ou assistência de sistema de aquecimento.

Caso uma comparação de renda e salário seja exigida, esta AGÊNCIA encaminhará os números de seguro social, juntamente com os nomes e endereços do chefe de família e de todos os integrantes adultos da família ao DCS/CSU. O DCS/CSU encaminhará essa informação ao Departamento de Receita de Massachusetts. A informação sobre renda que você nos declarou para os programas de assistência de aquecimento, calefação e/ou de sistema de aquecimento será comparada com a informação sobre salário (renda) relatada pelos empregadores ao Departamento de Receita. O Departamento de Receita fornecerá ao DCS/CSU informações de seus arquivos com relação à sua renda e à renda de outros integrantes de sua família, e o DCS/CSU informará esta AGÊNCIA sobre a informação de renda.

Se a informação de renda que você nos declarou não bater com a informação relatada pelos empregadores ao Departamento de Receita, nós contataremos o seu chefe de família. Nós nos reuniremos e trabalharemos com o seu chefe de família e quaisquer integrantes da família cuja informação de renda esteja em questão para tentar resolver a "discrepância". Entretanto, se não conseguirmos resolver a "discrepância", e determinarmos que a família declarou menos que sua renda, nós poderemos tomar uma ou mais das seguintes medidas: ajustar o nível de benefício da família; cancelar a assistência à família; buscar devolução dos pagamentos feitos incorretamente a você ou em nome de sua família; reduzir futuros benefícios no valor do montante não devolvido. Se tomarmos quaisquer dessas medidas, o chefe de família tem o direito de disputar nossa decisão através Processo de Recursos desta AGÊNCIA e em tribunal.

Quaisquer "discrepâncias" que não possam ser resolvidas por esta AGÊNCIA poderia também resultar em um encaminhamento ao DHCD. Informações relativas a você e ou a outros integrantes da família também podem ser encaminhadas ao Bureau Estadual de Investigações Especiais, ao Promotor Regional ou ao Procurador-Geral, o que pode resultar em maiores investigações, medidas e/ou processo criminal.

Se você não fornecer ou não puder fornecer ou comprovar o seu número de seguro social a esta AGÊNCIA, o seu nome e endereço ainda serão enviados ao Departamento da Receita no caso de uma comparação de renda e salário. Após ter lido esse aviso, se você ainda estiver preocupado com a comparação de renda e salário, telefone para a sua sede de serviços jurídicos local.

Wage Match Notice

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE
BAIXA RENDA (LIHEAP)

**Formulário de Documentação de Pensão Alimentícia para a Criança ou Ex-Cônjuge
Nº da Inscrição**

Se você recebe pensão alimentícia: por favor, preencha, assine, date e devolva esse formulário para o nosso escritório junto com a documentação exigida sobre o valor(es) da pensão alimentícia.

Eu, _____, compreendo que serei responsabilizado caso tenha feito alguma declaração incorreta ou incompleta sobre a pensão alimentícia que recebo.

a.) _____ Eu NÃO recebi nenhuma pensão alimentícia desde _____.
OU

b.) _____ Eu RECEBO pensão alimentícia.

O valor é: U\$ _____ por semana / mês (circule um)

De: _____.

A pensão alimentícia iniciou em ou por volta da seguinte data: _____.

Se você recebe pensão alimentícia de mais de uma pessoa, por favor, forneça o valor recebido de cada pessoa, com que frequência, quando cada uma começou e o nome de cada pessoa fornecendo a pensão alimentícia:

Para cada fonte de pensão alimentícia exige-se um dos seguintes documentos:

- a.) Cópias dos contracheques ou ordens de pagamento da pensão alimentícia da fonte;
- b.) Cópia do mandado judicial
- c.) Uma carta do advogado cadastrado ou agência jurídica que representa o candidato;
- d.) Carta da fonte de pensão com firma reconhecida;
- e.) Hipoteca / aluguel pago em troca de, ou em conjunto com a pensão alimentícia conta como renda. Exige-se uma cópia do mandado judicial, decreto ou outro documento jurídico especificando o valor e a frequência de tais pagamentos; ou,
- f.) Histórico de pagamentos do Departamento da Receita.

Assinatura _____ Data _____

(AGENCY LETTERHEAD)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE
BAIXA RENDA (LIHEAP)

RECURSO A NÍVEL LOCAL – APROVAÇÃO

**(ANULAÇÃO DA DECISÃO DE DETERMINAÇÃO DA INSCRIÇÃO ANTERIOR/
QUALIFICAÇÃO PARA OS BENEFÍCIOS DO PROGRAMA)**

Candidato: _____ N° da Inscrição: _____

Data desse Aviso: _____

Como resultado de seu recurso à **(NOME DA AGÊNCIA)**, a sua inscrição para Assistência de Aquecimento foi reavaliada e temos o prazer de informá-lo que o seu pedido para:

_____ Elegibilidade

_____ Aumento de Nível de Benefício

foi **aprovado** pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

O seu nível de benefício do LIHEAP é: _____

O seu revendedor de combustível foi notificado sobre sua elegibilidade.

Caso as suas circunstâncias familiares mudem (tais como nível de renda ou número de integrantes na família) antes de 3 de maio de 2010, por favor, informe a **(NOME DA AGÊNCIA)** sobre essa informação. Caso deseje **recorrer novamente dessa decisão**, você deve enviar o seu **recurso por escrito**, dentro de **vinte (20) dias úteis** do recebimento desse aviso até no máximo sexta-feira, **27 de agosto de 2010**, para:

**Attn: LIHEAP Appeals Officer
Community Services Unit, Division of Community Services
Department of Housing and Community Development
100 Cambridge Street, Suite 300
Boston, MA 02114**

A Unidade de Serviços Comunitários no Departamento de Desenvolvimento Habitacional e Comunitário analisará o seu arquivo (incluindo registros sobre quaisquer audiências realizadas na **(NOME DA AGÊNCIA)**) e pode exigir que você envie informações e/ou documentações adicionais. Ela lhe emitirá uma decisão por escrito dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento de todas as informações e documentações necessárias.

Caso deseje maiores informações relativas a esse aviso, por favor, contate:

(NOME DA AGÊNCIA)

(NÚMERO DE TELEFONE)

Local Level Appeal -- Approval

(Agency Letterhead)

Candidato: _____ N° da Inscrição: _____

AVISO SOBRE DIREITOS DE RECURSO

Você pode recorrer à: _____ no _____ para
(Agência) **(Endereço)**
quaisquer dos seguintes motivos e de acordo com as seguintes datas:

1. Se a sua assistência foi recusada ou se você discorda do valor da assistência, você pode entrar com um recurso dentro de 20 dias úteis do recebimento de qualquer aviso de qualificação ou desqualificação. (Isso está ainda sujeito a uma data final de **sexta-feira, 25 de junho de 2010** para todos os recursos à **(Agência)**).
2. Se você não recebeu nenhuma decisão sobre a sua inscrição (se se qualificou ou não) após quarenta (40) dias da data de sua inscrição, você pode recorrer. O último dia para recorrer à **(Agência)** é **sexta-feira, 25 de junho de 2010**.
3. Se a renda ou tamanho de sua família mudou desde a data original de sua inscrição, você pode requerer uma nova análise da decisão anterior da **(Agência)** sobre a qualificação (valor da assistência) ou desqualificação. (A mudança tanto de renda quanto de tamanho da família deve ocorrer antes de **3 de maio de 2010**). O último dia para recorrer à **(Agência)** é **sexta-feira, 25 de junho de 2010**.

A **(Agência)** agendará uma audiência informal face-a-face somente se você a requisitar em um formulário de recurso fornecido pela **(Agência)** ou se a **(Agência)** considerar necessário. A **(Agência)** chegará a uma decisão e lhe enviará uma notificação por escrito dentro de dez (10) dias úteis após a audiência.

Se você não tiver uma audiência face-a-face, a **(Agência)** ainda pode exigir que você envie documentação nova ou adicional em defesa de seu recurso. A **(Agência)** chegará a uma decisão e lhe enviará uma notificação dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento de seu recurso ou dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento da documentação completa, caso documentação nova ou adicional tenha sido exigida. Nenhum recurso será aceito pela **(Agência)** após **sexta-feira, 25 de junho de 2010**.

Você pode, dentro de vinte (20) dias úteis após o recebimento de uma decisão por escrito da **(Agência)**, entrar com um novo recurso por escrito junto ao: Department of Housing and Community Development (DHCD), Division of Community Services (DCS), Community Services Unit (CSU), 100 Cambridge Street, Suite 300, Boston, MA 02114. Nenhum recurso será aceito pelo DHCD após **sexta-feira, 27 de agosto de 2010**.

**ANTES DE RECORRER AO DHCD,
VOCÊ DEVE RECORRER À (Agência) ATÉ SEXTA-FEIRA, 25 DE JUNHO DE 2010**

Notice of Appeal Rights

(Agency Name)
**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE
BAIXA RENDA (LIHEAP)**

REGRAS PARA AUDIÊNCIAS IMPARCIAIS

1. Essas Regras devem ser interpretadas para alcançar uma determinação informal, justa, rápida e barata para os recursos ao Programa de Assistência para Energia Doméstica para Usuários de Baixa Renda que envolvam audiências imparciais. A audiência deve ser realizada a pedido do candidato/cliente ou quando o Subconcessionário considerá-la necessária.
2. O Subconcessionário deve receber um Formulário de Recursos preenchido requisitando uma audiência:
 - a. no caso de a determinação de qualificação ou desqualificação, dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento do Formulário de Recursos do Subconcessionário.
 - b. após quarenta (40) dias úteis da data de inscrição caso o Subconcessionário não tenha processado a inscrição; ou
 - c. após haver mudanças na renda ou tamanho da família do candidato/cliente desde uma determinação anterior de qualificação ou desqualificação pelo Subconcessionário.
3. O candidato/cliente tem o direito de ser representado por conta própria por um "representante autorizado", o qual pode ser um advogado, técnico jurídico, amigo, parente ou outra pessoa. A autorização para tal representação deve ser pedida por escrito pelo candidato/cliente antes ou no momento da audiência. Um representante autorizado pode exercer, em nome do candidato/cliente, todos os direitos e poderes conferidos por essas Regras.
4. O candidato/cliente tem o direito, tanto antes quanto depois da audiência, a examinar e copiar os materiais de sua inscrição arquivados com o Subconcessionário em seu escritório. O candidato/cliente pode copiar a sua inscrição e cinco (5) páginas adicionais do arquivo sem nenhum custo; itens adicionais podem ser copiados por conta do candidato/cliente. O Subconcessionário deve estabelecer horários razoáveis nos quais o candidato/cliente, dado aviso razoável, possa examinar e copiar o seu arquivo.
5. O Subconcessionário deve fornecer um Aviso de Audiência que:
 - a. dê dez (10) dias de aviso sobre o horário e local da audiência, mais três dias para envio pelo correio;
 - b. informe que o candidato/cliente tem o direito de obter um representante autorizado por conta própria;
 - c. informe que o candidato/cliente tem o direito de examinar e copiar os materiais de sua inscrição arquivada com o Subconcessionário, e descreva como conseguir tal verificação;
 - d. informe que a audiência será governada por essas Regras; e
 - e. informe que se o candidato/cliente deixar de comparecer à audiência conforme agendado e deixar de reagendar a audiência com antecedência, o recurso será arquivado, sujeito a reconsideração se o candidato/cliente demonstrar justa causa para a sua falha em comparecer ou reagendar.
6. Na audiência, o candidato/cliente e o Subconcessionário devem ter o direito de apresentar testemunhos pessoais, testemunhas, documentos de evidência e argumentos verbais e/ou por escrito para questionar testemunhas adversárias e para refutar quaisquer evidências oferecidas na audiência.
7. Um auditor imparcial a ser selecionado pelo Subconcessionário deverá presidir na audiência. O auditor:
 - a. pode exercer um controle razoável sobre a sequência e duração das apresentações para preservar a ordem e evitar repetição;

Rules For Fair Hearings

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PARA ENERGIA DOMÉSTICA PARA USUÁRIOS DE BAIXA RENDA (LIHEAP)

REGRAS PARA AUDIÊNCIAS IMPARCIAIS - PÁGINA DOIS

- b. pode limitar a presença na audiência para preservar a ordem e a privacidade do candidato/cliente, sendo que o candidato/cliente possa renunciar aos seus direitos de privacidade;
 - c. pode dar continuidade à audiência em uma data futura, conforme apropriado;
 - d. pode exercer a discricção para limitar ou excluir evidências, mas não deve aplicar as regras de evidência aplicáveis no tribunal e deve aceitar todas as evidências relevantes, confiáveis e não repetitivas;
 - e. deve guardar cópias de todos os documentos entregues durante o curso da audiência; e
 - f. não deve administrar nenhum juramento a testemunhas, mas não deve reduzir o peso de testemunhos por motivo destes não terem sido prestados sob juramento.
8. O Subconcessionário deve gravar a audiência e a gravação deve tornar-se parte do arquivo da audiência, mas o Subconcessionário não deve ser obrigado a transcrever a gravação. O candidato/cliente também pode gravar a audiência por conta própria.
9. A decisão do Auditor:
- a. deve ser por escrito;
 - b. deve ser baseada somente nos materiais do arquivo do candidato/cliente, na evidência e argumentos verbais apresentados na audiência, quaisquer argumentos por escrito entregues antes ou durante a audiência, (ou após a audiência se estiver dentro de um tempo especificado pelo auditor), nos requerimentos aplicáveis do programa e quaisquer outros fatos incontestados;
 - c. deve informar as razões da decisão, incluindo os requerimentos aplicáveis do programa e deve resolver tais disputas fatuais, caso houver, que sejam necessárias na decisão do recurso;
 - d. deve ser emitida dentro de dez (10) dias úteis do encerramento da audiência e recebimento das submissões pós-audiência; e deve informar o candidato/cliente de que ele/ela pode entrar com outro recurso junto ao Departamento de Desenvolvimento Habitacional e Comunitário (DHCD), e de que ele/ela deve enviar ou entregar o recurso dentro de vinte (20) dias úteis do recebimento da decisão.